

PLANIFICACION SANITARIA DE UNA CIUDAD INDUSTRIAL CATALANA

(Comentarios sobre un estudio de la realidad: 1965)*

Dr. IGNACIO M.^o ARAGÓ

(Barcelona)

El doctor Aragó, cuya disertación esperamos con marcado interés, ya ha colaborado entre nosotros cuando se afrontó el problema de los legados testamentarios destinados a la investigación científico-médica y a la asistencia hospitalaria. Pero vuelve, a invitación del que usa de la palabra, con el fin de abordar un estudio geomédico. Su experiencia, la organización técnica que dirige, le permiten ocuparse en conocer lo sanitario de una forma exhaustiva. La Real Academia necesita, para cumplir sus misiones fundamentales, estimular la investigación en torno, v.gr., de los Seminarios recién creados. Nadie mejor que el doctor Aragó, erudito, trabajador y viajero incansable, para que desde este lugar bisecular de anhelos, con la tradición y el progreso, entrelazados, nos bosqueje un repertorio de sugerencias y nos aporte, con su verbo cálido, un deseo de luchar útil en los límites del Distrito, sobre todo. Lo profiláctico, lo social, lo terapéutico, lo higiénico, en el seno de nuestras provincias catalanas, ha de derivar de un acopio gentilicio de datos y de puntos de vista. Tan sólo así realizaremos la tarea que nos incumbe y la aplicación óptima «in situ» de las nociones adquiridas. Repito, Aragó es un mentor excepcional al respecto. Sus documentos, su dialéctica, nos convencerán. Y la Academia recogerá unos frutos, que acrecentarán luego. Gracias, doctor Aragó, por haber venido y por contribuir a la marcha brillante de una Medicina local de valor muy redituable.

B. RODRÍGUEZ ARIAS

ORIGEN Y SINGULARIDAD DEL TRABAJO

Los directivos de cuatro instituciones asistenciales de la ciudad, encargaron al CTEH un estudio de Planificación Sanitaria, señalando como objetivo: Conseguir para todos los ciudadanos, una asistencia sanitaria completa, ordenada en forma tal que al aumentar la po-

blación, el dispositivo asistencial y sanitario fuese capaz de seguir el mismo ritmo.

Es necesario subrayar el hecho notable de que cuatro entidades —en cierto modo competidoras—, de mutuo acuerdo, encargasen un estudio sanitario completo de su ciudad, aceptando de antemano sus conclusiones.

* Comunicación explanada en la Sesión del día 8-II-66. Presentado por el Dr. B. Rodríguez Arias, Académico Numerario.

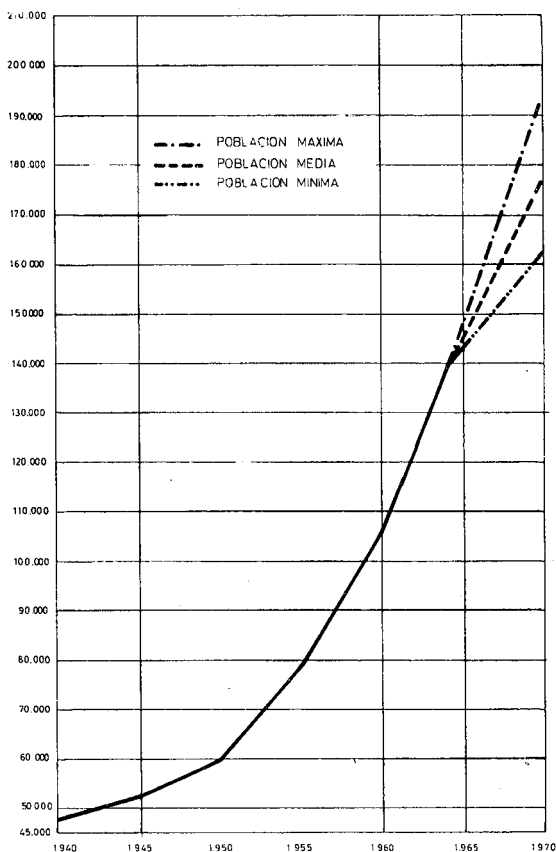


Gráfico 1. — Población en 1964: 128.845 habitantes. Población media para 1970: 178.216 habitantes.

1. Es difícil medir la situación sanitaria de una colectividad.

La ausencia de estadísticas sanitarias correctas ha sido la mayor dificultad que ha debido superar el presente estudio. No basta poseer información sobre cifras de natalidad y mortalidad, sino que es necesario adoptar el concepto más amplio de *salud positiva*: 1. Estadísticas demográficas completas. 2. E. de mortalidad según normas internacionales. 3. E. de morbili-

dad. 4. Tablas de vida. 5. Registros familiares de salud.

2. El crecimiento demográfico y la inmigración.

Se trata de una ciudad industrial con un índice de crecimiento muy elevado, especialmente notable por la cuantía de la inmigración. Se ha adoptado para 1964, la cifra de 128.845 habitantes, y se ha previsto para 1970 una población de 178.216 (véase gráficos 1 y 2).

3. El crecimiento de la ciudad es más rápido que el desarrollo de las estructuras sanitarias.

viviendas construidas en esta ciudad, no cumplen los requisitos mínimos sanitarios de habitabilidad.

3.1 SANIDAD LOCAL

3.1.1 Saneamiento del medio.

Vivienda. — Las condiciones higiénicas de una gran parte de las

Suministro de agua. — Es bajo en su relación: Número de litros por habitante y día, que fue de 114 en 1963 (cifra deseable, 170).

Higiene de los alimentos. — Hay

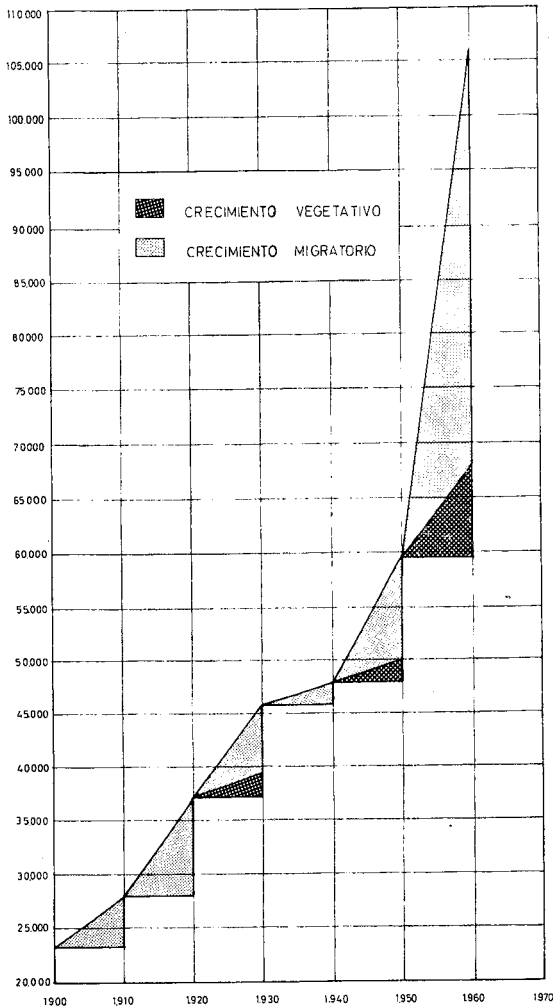


Gráfico 2. — Esquema de la relación entre el crecimiento vegetativo y el crecimiento migratorio.

una gran distancia entre las necesidades de la ciudad y los medios de vigilancia existentes. No hay control suficiente de la leche, productos lácteos, carne, pescado y derivados.

Recogida de basuras. — El sistema de recogida y eliminación de basuras y desperdicios es elemental; unas 150 Tm. son quemadas diariamente en un campo de una extensión de unas 5 ha.

Lucha contra vectores. — La eliminación de ratas y otros animales portadores de enfermedades, se hace en forma parcial y discontinua.

3.1.2 *Lucha contra enfermedades transmisibles.*

La ausencia de estadísticas de morbilidad dificulta la evaluación de los casos habidos de rabia, fiebre tifoidea, tuberculosis, enfermedades venéreas, brucelosis, etc.

Por lo que se refiere a la tuberculosis, existe un excelente estudio de 1947-48, que no fue continuado. Para medir la calidad de la lucha antituberculosa, se ha investigado:

a) Número de dispensarios antituberculosos.

b) Número de camas para enfermos tuberculosos.

c) Número de vacunas BCG suministradas a la población.

Los resultados han sido negati-

vos en cada uno de estos puntos, comprobándose la ausencia de estadísticas significativas.

Laboratorio de Salud Pública. — Insuficiencia y objetivos limitados del actual Laboratorio Municipal.

3.1.3 *Educación sanitaria e higiene.*

Se hace en forma individual, pero no colectiva.

3.1.4 *Organización de servicios médicos y de asistencia social.*

Higiene materno infantil. — En la ciudad estudiada, el 94,68 % de los nacimientos tiene lugar en un establecimiento maternal, siendo esta una de las cifras más elevadas de España, plenamente dentro de la sanidad europea. Sin embargo, la asistencia al recién nacido y los servicios de puericultura deben luchar con la realidad de las «Zonas sanitarias Cero».

Higiene escolar. — Sólo se cumple, en parte, una de las cuatro finalidades básicas de este servicio. Unos 6.000 niños no reciben vigilancia metódica alguna.

Inadaptados y subnormales. — Se ha iniciado, en forma excelente, la tarea de ayudar a los niños afectados. Debe proseguir y aplicarse este trabajo y ensanchar su campo de acción.

Orientación profesional. — Entre 1934 y 1936 funcionó un Laboratorio Psicotécnico Municipal extraordinariamente bien organizado. En la actualidad, funciona un servicio de orientación profesional, satisfactorio, pero excesivamente limitado ante el campo de aplicación previsible.

Higiene del trabajo. — La actuación de la Mancomunidad de Empresas constituye, quizás, el mejor servicio sanitario de la ciudad, aunque sólo alcanza a una cuarta parte del censo laboral.

Higiene dental. — El número de odontólogos que prestan servicio en la ciudad, es del orden del 0,5 por 10.000 habitantes; cifra semejante a la de los países pobres de Centro América: Nicaragua, Honduras y Costa Rica.

Asistencia Psiquiátrica. — Sólo funciona una exigua asistencia ambulatoria. El Ayuntamiento debe ingresar sus enfermos donde puede, a veces a residencias alejadas 120 kilómetros. El problema de los enfermos mentales es uno de los más graves que debe resolver la ciudad estudiada.

Asistencia a los ancianos. — El número de camas en asilos es de 216; la dotación aconsejable para 1965, es de unas 400 camas.

Guarderías. — Harían falta unas

45 guarderías de 60 plazas cada una; en la actualidad existen sólo dos.

3.1.5 *Personal sanitario y de enfermería.*

La ciudad estudiada sufre una creciente penuria de personal de enfermería; así, por ejemplo, una Enfermera titulada por cada 1.500 habitantes; un Practicante para cada 3.000 habitantes. Es decir, hay menos enfermeras que médicos. Añádase a esta situación el hecho de que el 60 % de las enfermeras proceden de otras provincias y de que su tasa de rotación es muy elevada, y se comprenderá la importancia del problema.

4. **El desarrollo económico de la ciudad estudiada**

Para evaluar la prosperidad económica se han utilizado las cifras oficiales de cuentas de ahorro y su incremento anual; la contribución de la ciudad a las cargas fiscales del país; el coste de vida; el poder adquisitivo de la peseta y la renta per capita.

Ahorro. — En los últimos cinco años ha experimentado un aumento del 124 %. El incremento medio del 24 % anual significa unos 400 millones de pesetas anuales.

Tributación. — El índice de aumento entre 1958 y 1963, es de

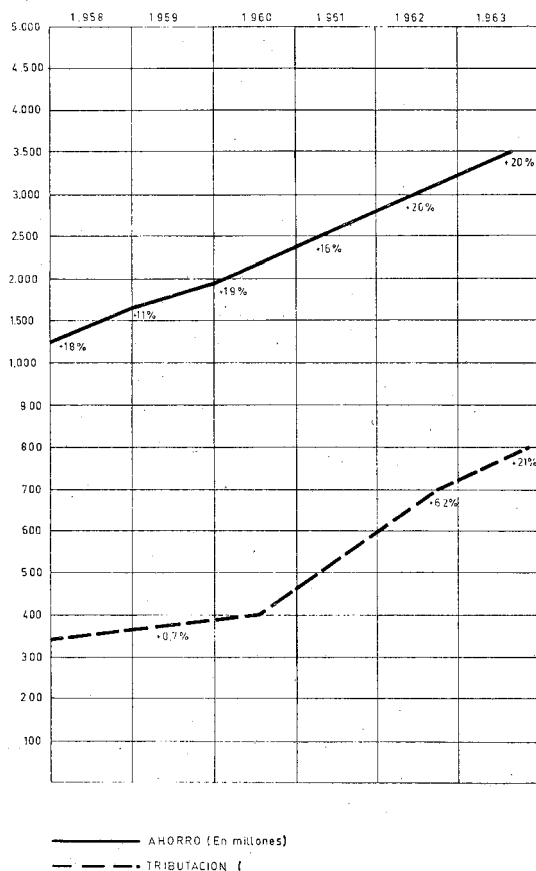


Gráfico 3. — El desarrollo económico de la ciudad estudiada: El ahorro ha aumentado, entre 1958 y 1963, en un 124 %. La tributación, en un 106 %.

106 %. El índice anual medio de aumento de la tributación oscila alrededor del 20 %. La ciudad estudiada contribuye con un 5 % a la recaudación total de la provincia, cifra que puede estimarse en 725 millones para 1964.

Debe añadirse, como aportación indirecta, que el 21 % de las impositiciones en Banca y Cajas de Ahorro revierten reglamentariamente a los fondos estatales al ser invertidos en valores públicos.

Coste de vida. — Ha aumentado en los cinco últimos años en un 39,5 por 100.

Desde hace más de 15 años, el coste de vida mantiene, respecto a Barcelona, una superioridad equivalente al 50 % (proporción de 1,6: 1).

Poder adquisitivo de la peseta. Ha disminuido entre 1961 y 1965, en un 29 %.

Renta per capita. — Aumento,

un 25 %. Total no inferior a 35.000 pesetas por habitante, en 1964; muy semejante al de la ciudad de Barcelona.

5. El precio de la salud y el coste de la enfermedad.

Salud y riqueza son factores interdependientes. La salud es una variante que depende del progreso y desarrollo material.

Sin embargo, *en la ciudad estudiada, el desarrollo económico no ha sido seguido de un desarrollo sanitario equivalente.*

El crecimiento sanitario ha sido exiguo en cada uno de los tres campos fundamentales: Salud Pública; Asistencia externa y medicina social; Asistencia hospitalaria.

Falta coordinación entre economía y sanidad, y esto es debido, fundamentalmente, a las dificultades que presupone *la convertibilidad de valores económicos en valores sanitarios.*

En otras palabras: Desconocemos el valor de la *Peseta Sanitaria*. (La evaluación de la Salud como factor de desarrollo económico y su medida según bases científicas, se llama *Sanimetría*, y es una ciencia aún poco conocida en nuestro país.)

5.1 Presupuesto sanitario de la ciudad estudiada.

El gasto sanitario total, para

1964, ha sido de 128.388.087,— pesetas.

Un 31 % ha sido aportado por el sector público, y un 69 % por el sector privado.

Los gastos de inversión han representado el 52 %; los de funcionamiento el 48 %. Esta proporción revela que la ciudad se halla en una enérgica etapa de inversiones, sea por ampliaciones, sea por renovación de instalaciones.

Así es en efecto, pues la cifra actual de inversiones es cinco veces mayor que la correspondiente a 1963. En consecuencia, las cantidades empleadas en funcionamiento son demasiado bajas.

El Municipio gasta en atenciones sanitarias, 23,40 Ptas. por habitante y año, cifra casi idéntica desde 1960. Teniendo en cuenta el descenso del poder adquisitivo de la peseta, el valor real es de 16,— pesetas por habitante y año.

El gasto sanitario del Municipio significa el 3,7 del presupuesto municipal para 1964, y el 1,6 de todo el presupuesto sanitario de la ciudad, cifras ambas muy bajas.

Gastos sanitarios en relación a la renta nacional-OMS

Oscilan entre un 5 y un 11 % de la renta nacional en EE.UU., Ceilán, Israel, Suecia, etc.

En la ciudad estudiada el gasto sanitario es el 1,35 % de la renta ($35.000 \times 128.845 = 4.500$ millones de pesetas por 128 Mill. = 1,35).

Gastos por habitante

En la ciudad estudiada, los gastos totales sanitarios 128.388.087, menos las inversiones, 61.351.912, nos dan un gasto sanitario de 476 pesetas por habitante y año (Inglaterra, 1.500 ptas.; EE.UU., 7.440; Venezuela, 780).

Gastos de hospitalización

Suelen representar entre el 50 y el 55 % del gasto total sanitario. (En Nueva Zelanda, el 3,6 %; en Suecia, 4,5; en Inglaterra, el 4 %; en Israel, el 4,8 %; en Ceilán, el 4,1 %, y en EE.UU., el 5 %.)

España tiene una cifra muy baja, tanto por el escaso número de

camas que posee, como por el coste excesivamente modesto del mantenimiento. Se estima que el 0,70 por 100 de la renta nacional se destina a gastos de hospitalización.

En la ciudad estudiada, representan el 31 % de los gastos de funcionamiento y el 15 % del presupuesto total sanitario: Gastos hospitalización = 0,42 de la renta nacional.

Precio de estancia en relación a la renta per capita diaria (OMS)

En USA es 5 veces; en Ceilán e Israel, 4 veces; en Suecia y Chile, 3 veces.

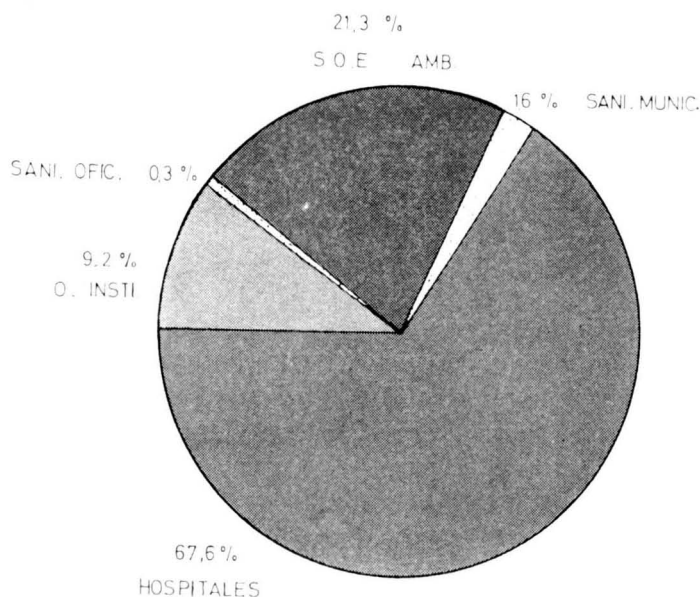


Gráfico 4. — Sobre un presupuesto de 128 millones de pesetas, la Sanidad Oficial participa en un 0,3 % del total.

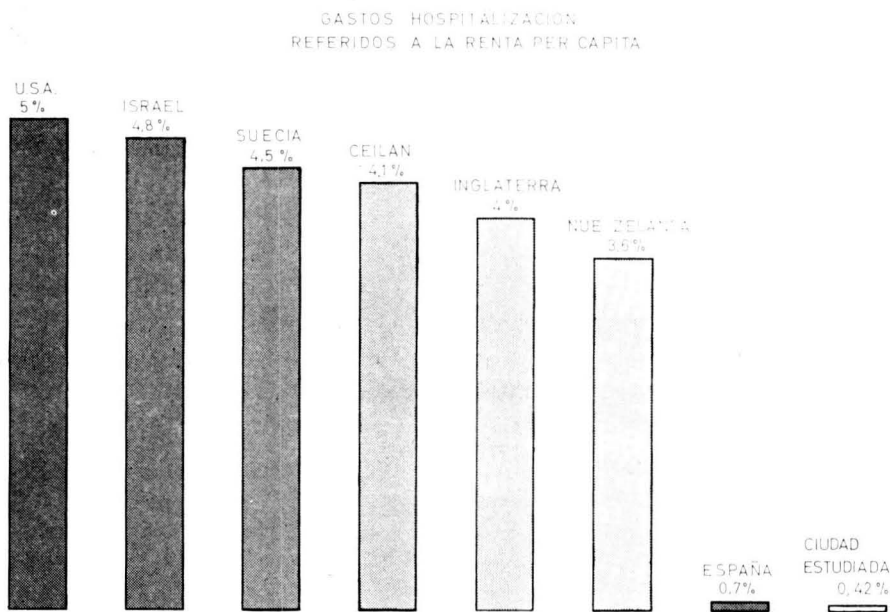


Gráfico 5. — Comparación de los gastos de hospitalización referidos a la Renta per Capita, en diversos países, en España y en la ciudad industrial estudiada.

Ciudad estudiada; Renta per capita: $35.000 : 365 = 95$ Pesetas; $95 \text{ ptas.} \times 3 = 285$; $95 \times 4 = 380$; $95 \times 5 = 475$.

Es necesario hacer constar que la calidad de las camas instaladas es buena, siendo, ante todo, *problema cuantitativo*, es decir, insuficiencia del número de camas y también del personal, baja relación Personal-Cama.

Proporción y distribución de los costes por estancia

Es bastante satisfactoria:

Personal = 51 %.

Farmacia = 10 %.

Alimentación = 13 %.

Bienes servicios = 26 %.

Gasto de medicina preventiva

Cifra óptima de la OMS, un 10 por 100 de los gastos de funcionamiento. En la ciudad estudiada, le correspondería unos 6.000.000 de pesetas al año. Presupuesto actual = 0.

5.2 Número de camas existentes y previsión de necesidades.

Es muy bajo: 225 camas entre cinco instituciones; cifra que no llega al mínimo ideal para una sola institución hospitalaria.

Cuenta además con 216 camas en asilos.

En el momento actual, 1964, la ciudad debería disponer de un mí-

nimo de 1.255 y un óptimo recomendable de 1.897.

En un futuro inmediato, 1970, la ciudad necesitará un mínimo de 1.776 y un óptimo recomendable de 2.165.

En consecuencia, teniendo en cuenta las cifras mínimas, tanto de habitantes como en camas, en 1970 será necesario para alcanzar el nivel previsto, construir un promedio de 227 camas anuales. De lo contrario, cada año que transcurre el déficit se hace mayor.

6. La aportación de la ciudad estudiada a la seguridad social

Población activa:

España: un 38 % de la población total.

Provincia de Barcelona: un 42 por 100 de la población total.

Ciudad estudiada: un 47 % de la población total.

Francia: un 42 % de la población total.

Inglaterra: un 42,5 % de la población total.

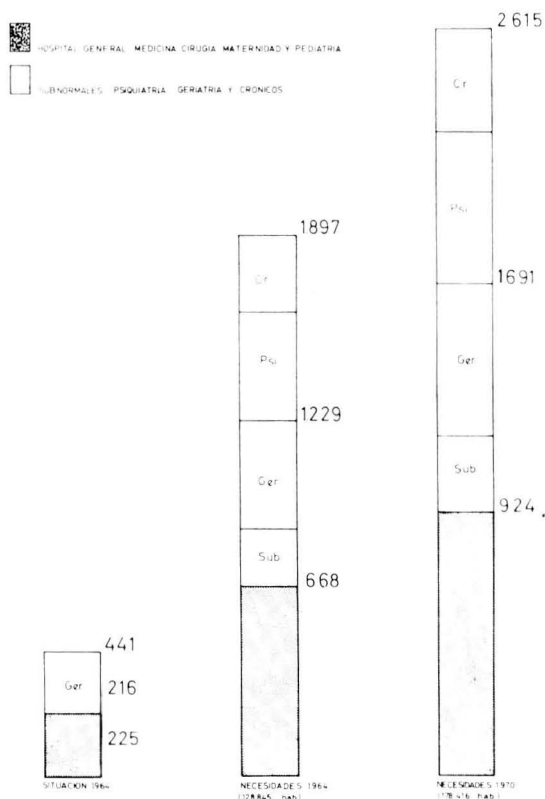


Gráfico 6. — Necesidades en camas de la ciudad industrial estudiada: Situación en 1964. Necesidades actuales. Necesidades para 1970.

Relación población/población protegida por Seguros Sociales

1958: Población, 86.417.

Titulares = 47 %; Beneficiarios = 38 %; Sin protección = 15 %.

1964: Población, 128.845.

Titulares = 31,2 %; Beneficiarios = 37,5 %; Sin protección = 31,2 %.

Indice cartilla titular/beneficiario

Es uno de los más bajos de España: 1 : 1,2 %.

(En algunas provincias: 1 titular: seis o siete beneficiarios.)

Seguros Unificados

Enfermedad, Vejez, Sub. Familiar, Desempleo = 262,75 mill. al año.

Aportación de la ciudad al SOE

Un 40 % de esta cifra = 105,10 millones.

Vejez, Subsidios Familiares, Desempleo

Un 60 % de las cifras de Seguro Unificado = 157,65 millones.

Lo que el SOE devuelve a la ciudad

Honorarios médicos	11,2 mill.
Farmacia	16,0 mill.
Prestac. económicas	12,2 mill.

Total 39,5 mill.

Es necesario tener en cuenta

que en la estimación de los ingresos se han calculado las cifras mínimas, mientras que en las prestaciones se escogieron las cifras máximas. Es presumible, pues, que la diferencia de 65 millones, entre aportaciones de la ciudad al SOE y prestaciones del SOE a la ciudad, sea bastante mayor de 65 millones por año.

7. Algunas conclusiones

Entre las diversas conclusiones del estudio, mencionaremos solamente:

1. La formación de Zonas Sanitarias Cero.

Alrededor del casco antiguo, del siglo xv, la ciudad ha ido expansionándose en forma concéntrica. En la periferia, se hallan las zonas de polígonos y los suburbios: Vive allí un 53 % de la población.

Sin embargo, los Centros Sanitarios han quedado en el casco antiguo o próximos a él, mientras que amplias zonas habitadas por 10.000 a 40.000 personas, no poseen servicios sanitarios adecuados a sus necesidades.

2. La incapacidad de las corporaciones para resolver los problemas sanitarios de la ciudad.

(Es «la insolidaridad de las corporaciones» de que nos había hablado el Prof. Pedro y Pons.)

La Salud Pública se concibe como una responsabilidad colectiva, que se apoya sobre una base doctrinal sanitaria y se cumple a través de una Estructura de Gobierno capaz de organizarla y hacerla funcionar debidamente.

3. La necesidad de abandonar rápidamente la estructura sanitaria actual del todo incapaz de solucionar los problemas de una ciudad, *y adoptar nuevos conceptos*,

por ejemplo, el de la *integración sanitaria*.

La muchas veces mencionada Coordinación, en la práctica no se consigue nunca, a lo máximo se logra una Cooperación.

La Integración Sanitaria se parece bastante a una función matemática y tiene muchos puntos de contacto con la Investigación Operativa. Presupone el manejo constante de gran número de datos variables en continua interacción.

Discusión. — El doctor C. Soler Dopff entiende que trabajos singulares, específicos, cual el del doctor I. M.^a Aragó, son muy útiles y necesarios en el marco de la Real Academia.

Interesa conocer bien la geografía médica regional y lo que más urgente o inmediatamente demandan nuestras ciudades populosas en el orden sanitario y asistencial clínico.

El esfuerzo del disertante merece una sincera felicitación.